Wirtz, Otto

Berlin

Lane Medical Library

Ueber

Peliosis rheumatica.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 9. August 1869

VON

Otto Wirtz

aus Hemer.

OPPONENTEN:

Fritz Erman, Dr. med.
A. Hempel, Dd. med.
E. Zurmeyer, Dd. med.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (OTTO LANGE).

Das Material zu dieser Arbeit verdanke ich der Güte meiner hochzuverehrenden Lehrer, der Herren Professoren Dr. Dr. FRERICHS und MEYER, welchen ich dafür meinen innigsten Dank ausspreche.

Otto Wirtz.

Im vorigen Sommer-Semester hatte ich die Gelegenheit, auf der Station des Herrn Geheimrath Frerichs in der Charité als Praktikant einen Krankheitsfall zu beobachten, der das höchste Interesse darbot. Es war die Peliosis rheumatica Schoenlein's, mit der ein junger Mann von 20 Jahren behaftet war. Interessant war dieselbe, ganz abgesehen von ihrem Verlaufe, besonders deshalb, weil man nicht im Zweifel sein konnte, worin ihre Ursache zu suchen sei, die sonst bekanntlich selten nachweisbar ist; als Ursache ergab sich eine deutlich ausgesprochene Endocarditis ulcerosa. Der Ausgang gehörte zu den ungewöhnlichen dieser Krankheit; sie endete mit dem Tode. Die Section machte nun aber die Beobachtung des Falles zu einer vollständigen. Sie wies alle pathologischen Veränderungen nach, wie sie von Herrn Geheimrath Frerichs beim Leben des Mannes geschildert waren; aber selbst über das Erwartete hinaus zeigten sich dieselben so ausgeprägt und ausgedehnt im ganzen Körper, dass der Befund unter den der Obduction beiwohnenden Herren Erstaunen erregen konnte. Ich will nun diesen Fall veröffentlichen mit der gütigen Erlaubniss des Herrn Geheimrath Frerichs, der denselben als einen genau beobachteten bezeichnet. Im Nachstehenden werde ich aber nicht nur diesen einzelnen Fall mittheilen, sondern will auf die Peliosis rheumatica überhaupt näher eingehen. In dieser Absicht beginne ich zunächst mit der Literatur, an diese werde ich dann

meine Beobachtungen anreihen und schliesslich noch einige Bemerkungen über die Aetiologie der Krankheit, deren Verlauf etc. hinzufügen.

Was nun die Literatur über diese Krankheit angeht, so ist dieselbe dürftig. Schönlein selbst, der die in Rede stehende Krankheit zuerst, wie bekannt, mit dem Namen „Peliosis rheumatica" belegte, hat nichts Schriftliches der Nachwelt hinterlassen. In den beiden Büchern, „Schönlein's klinische Vorträge, herausgegeben von Dr. Güterbock" und „Schönlein's klinische Vorträge, kritisch beleuchtet von Dr. Pauli", ist nichts von Peliosis zu finden. Dagegen theilt uns Fuchs[1]) Mehreres über die Krankheit mit, der fünfzehn Jahre Schönlein's Assistent war.

Wie ein Botaniker für die verschiedenen Gewächse seine Klassen und deren viele Unterabtheilungen hat, so bemühte sich auch Fuchs, alle Hautkrankheiten in Klassen und zwar in drei unterzubringen. Es sind

1. die Dermatonosen,
2. die Dermapostasen,
3. die Dermexanthesen.

Jede von diesen unterwarf er dann wieder noch weiteren Eintheilungen in „Familien", diese wieder in „Sippschaften" und letztere in „Gattungen". Zu der dritten Klasse, den Dermexanthesen, rechnet er unsere Krankheit, worin er ihr den Platz unter der Familie „Rheumatosen", resp. deren zweiter Gattung zuweist. An einem neuen Namen für die Peliosis rheumatica fehlt es natürlich in seinem Buche nicht, da es ihm leicht wurde, so viele neue Bezeichnungen aufzufinden.

---

[1]) C. H. Fuchs, die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge.

Er nennt sie „Rheumatokelis — Flussflecken.“ Fuchs glaubt, dass Rayer unter „Roseola rheumatica“, Bateman und Froriep unter „Purpura urticans“ dasselbe verstanden hätten, was er unter Rheumatokelis. Es würde mich zu weit führen, auf die Mittheilungen der drei letzten Autoren einzugehen, und ich würde auch dadurch für meine Arbeit wenig erreichen. Ich will daher nur die Namen der Werke derselben angeben, in denen unter den vorhin erwähnten Bezeichnungen etwas zu finden ist.

Rayer, Traité des maladies de la peau. Par. 1835.

Bateman, De Hämorrhoea petechiali. Edinb. 1801.

— Delineations of cutaneous diseases. Lond. 1817.

Froriep, Atlas der Hautkrankheiten. Weimar 1839.

„Schönlein“, sagt Fuchs nun, „hat zuerst diese Affection — die Rheumatokelis — als eine eigenthümliche Species seiner Peliosis beschrieben und ihre rheumatische Natur anerkannt. Ich betrachte sie als eigenes Genus, da sie mit der wahren Blutfleckenkrankheit — Purpura — nichts als die Farbe der Hautveränderung gemein hat und ihrem ganzen Verlauf nach so gut als Friesel eine Rheumatose ist“.

In Betreff des Charakters der Krankheit giebt er kurz Folgendes an:

Während die Kranken von rheumatischen Schmerzen in den Gliedern, die von meistens nur mässigem Fieber begleitet sind, geplagt werden, treten vorzüglich an den unteren Extremitäten, zuweilen über den ganzen Körper hin dunkelrothe, livide und selbst schwärz-

liche Flecken und Papeln auf. Mit ihrem Ausbruch lassen die Gliederschmerzen und das Fieber nach. „Werden sie aber," schreibt et weiter, „von der Haut verscheucht, so stellen sich die rheumatischen Zufälle und das Fieber in verstärktem Maasse wieder ein und es kommen zuweilen selbst schlimmere Symptome."

Nachdem Fuchs so den Charakter der Krankheit geschildert, spricht er über die verschiedenen Perioden derselben und zählte deren, wie bei allen seinen Dermexanthesen, vier auf:

1. Stadium prodrom.,
2. „ eruptionis,
3. „ florescentiae,
4. „ desquamationis.

Im Stadium prodrom., das bald nur 24 Stunden, bald 2—3 Tage dauert, leiden die Kranken an herumirrenden rheumatischen Schmerzen, besonders in den untern Extremitäten; dabei treiben sich gewöhnlich die Gelenke etwas auf, das Gehen fällt den Kranken schwer, wird ihnen oft unmöglich. Frost wechselt ab mit Hitze, der Puls ist frequent, die Temperatur erhöht, der Appetit nimmt ab, alle Sekretionen sind etwas angehalten.

Das Stadium der Eruption wird eingeleitet durch die an den untern Extremitäten nach Fuchs immer zuerst auftretende Bildung von Flecken, die die oben geschilderte Farbe haben, anfangs im Niveau der Haut liegen, unter dem Fingerdruck etwas erblassen und von der Grösse eines Stecknadelknopfes bis zu der einer Linse und darüber variiren. Alsbald zeigen sich auch die Flecken an den oberen Extremitäten, seltener am Rumpf. Sauerriechende Schweisse, die aber selten

profus sind, sollen, wie Fuchs beobachtet hat, die Eruption begleiten.

Im Stadium florescentiae nehmen die Flecken eine dunklere Färbung an. Die tiefrothe Farbe geht selbst ins Schwärzliche über. Zugleich erheben sich viele der Flecken etwas über die Fläche der Cutis. „Die Patienten", so lauten die Worte Fuchs', „befinden sich dann, wenn sie das Bett hüten, ziemlich gut. Setzen sie sich aber nur einer leichten Verkältung aus oder wäscht man die mit Flecken besäete Haut mit Essig, kaltem Wasser u. dgl., so verschwindet der Ausschlag mit Blitzesschnelle bis auf die letzte Spur und die gewöhnliche Folge ist heftiges Fieber, intensiver Schmerz in allen Gliedern, Geschwulst der Gelenke, namentlich jener der untern Extremitäten und zuweilen Steifigkeit des ganzen Körpers. Diese Erscheinungen schwinden nicht früher, als bis unter Schweissen das Exanthem wieder ausbricht."

Das vierte Stadium, das der Desquamation, kennzeichnet sich dadurch, dass die Flecken und Knötchen braun, gelblich werden und die Epidermis sich nach und nach kleienförmig abschuppt. Oft währt es aber lange Zeit, bevor die Affection ihr Ende nimmt, da oft viele Nachschübe folgen sollen.

Die Diagnose hält Fuchs nicht für schwer. Die Peliosis rheumatica, meint er, wäre wohl mit Purpura simplex zu verwechseln; allein bei letzterer fehlten die rheumatischen Prodrome; bei der Purpura simplex seien Zeichen der Blutentmischung zu entdecken, die bei ersterer vollständig mangelten. Die Ecchymosen der Purpura lägen unter der Epidermis, seien „flüchtig", während die Flussflecken persistirten und zum Theil sich über das Niveau der Haut erhöben.

Ferner sei bei der einfachen Purpura niemals Abschuppung der Epidermis zu finden. Alle diese Differenzen liessen ihn die besprochene Affektion als besondere Krankheit erkennen, als eigene Gattung der rheumatischen Dermexanthesen, als seine Rheumatokelis.

Was die Aetiologie betrifft, so tritt die Krankheit nach Fuchs' Erfahrung niemals bei Kindern oder Greisen auf, meistens bei Leuten vom 15.—30. Lebensjahre und zwar mehr bei Männern als Weibern. Gewöhnlich stellt sich die Krankheit bei vorher völlig Gesunden ein, die sich einer Erkältung ausgesetzt haben. Nie ist dieselbe epidemisch, in der Regel zeigt sie sich bei kalter, feuchter Witterung. Zuweilen soll es vorkommen, dass sie sich bei Personen zeigt, die schon längere Zeit an Rheumatismus gelitten. Fuchs bemerkt, dass er die Krankheit sogar bei einem Menschen habe auftreten sehen, der seit acht Wochen von chronischem Rheumatismus befallen sei.

Die Dauer der Krankheit beträgt gewöhnlich vierzehn Tage bis drei Wochen.

Ueber den Ausgang derselben theilt unser Autor Folgendes mit: „Ich habe niemals einen andern Ausgang als den in Genesung beobachtet . . . . . Schönlein spricht von einer Metastase auf das Herz und die grösseren Gefässstämme, welche selbst den Tod herbeiführen könnten".

Die Prognose stellt daher Fuchs immer als eine günstige hin.

Ueber seine Behandlung will ich nichts erwähnen.

Bei weiterem Suchen in der Literatur stiess ich auf die Systeme der Hautkrankheiten von Willan und Biett, auf die Alibert's und Cazenave's. Ich habe

es nicht für möglich gehalten, daraus für meine Arbeit etwas zu gewinnen; ich würde eher Verwirrung in dieselbe hineinbringen, wollte ich die genannten Schriftsteller nicht übergehen.

Nur ein System der Hautkrankheiten bleibt mir zur Erwähnung noch übrig, ich meine das Hebra's[2]); er gehört, wie jedem bekannt, zu den besten Kennern der Hautleiden. Derselbe reiht die Peliosis rheumatica seinen symptomatischen Hämorrhagien bei. Er stimmt bei der Besprechung der Krankheit mit Fuchs, den er, wie ich, als Autor erwähnt, meistentheils überein. Von einer Desquamation, wodurch die Flecken sich nach Fuchs verlieren sollen, ist ihm aber nichts bekannt. „Nachdem die Flecken", sagt Hebra, „einen Tag bestanden haben, werden sie dunkler, dann braunroth, endlich in's Gelbe spielend und schwinden zuletzt, nachdem sie im ganzen acht bis zehn Tage bestanden haben, ohne Zurücklassung einer Desquamation." Regelmässig soll diese Erkrankung sonst gesunde, kräftige Individuen befallen. — Bei Kindern und Greisen hat er sie nie gesehen, bei Männern öfters als bei Frauen. — Die Prognose stellt Hebra mit Fuchs meistens günstig. Doch sind Ersterem aber auch ungünstig endende Fälle bekannt, ohne dass eine andere hinzugetretene Krankheit, wie Tuberculose oder Morbus Brightii als Todesursache angesehen werden könnte. — Die exspectative Behandlung ist nach ihm die beste. —

Einen mir sehr willkommenen Fund für die Peliosis rheumatica machte ich in den Memorabilien aus der Praxis des Dr. August Schmitt in Königshofen (V. 3. 1860).

[2]) Hebra, acute Exantheme und Hautkrankheiten.

Er beobachtete dieselbe auch bei Kindern. Die Purpura bei Peliosis rheumatica ist nach dem Verfasser allein Folge des Rheumatismus. Sie findet ihren hinlänglichen Grund theils in der Hyperämie, theils in der durch das Exsudat bedingten Behinderung des Kreislaufs. Es werden nicht nur solche Kinder von der Krankheit heimgesucht, die in Folge schlechter hygieinischer Verhältnisse an Dyskrasien leiden, sondern auch solche, die einen sonst ganz gesunden, gut genährten Körper haben. Namentlich die Fälle der letztern Art liefern dem Verfasser den Beweis für einen innigen, bisher bei Kindern noch nicht beobachteten Zusammenhang der Purpura mit Rheumatismus. Das Fieber ist mässig; an den untern Extremitäten bildet sich besonders um die Malleolen eine Geschwulst; mit der Bildung derselben oder schon vor ihrem Austritt erscheint die Purpura. „Der Fuss", schreibt Schmitt, „ist am meisten geschwollen, sein Rücken hoch, beinahe glänzend, von bläulicher Färbung. Die Zehen, deren bläuliche Nägel von einem feinen blutrothen Saume umgeben sind, sind weniger angelaufen." Gewöhnlich beginnen am zweiten Tage, jedoch nicht immer, auch die Hände zu schwellen, aber nicht weiter als bis zum Handgelenk. Die Kinder sollen über die heftigsten Schmerzen klagen; bei jedem Versuche, ihre Extremitäten zu bewegen, laut aufschreien; ungeduldiges Umherwerfen im Bett, in dem sie nicht bleiben wollen, wiederholtes Stöhnen soll ihre Lage bemitleidenswerth machen. Dabei quält sie anhaltender Durst, den Appetit und Schlaf haben sie verloren, der Stuhl ist retardirt, der Harn gelblich weiss und enthält viel Harnsäure und Salze. Bald sieht man auch in den ersten Tagen neue Flecken an den obern Extremitäten

entstehen; am dritten oder vierten Tage findet man sie auch in der Kreuzgegend, am Rücken. Während so neue Flecken sich einstellen, verschwinden allmälig die alten, indem sie die geschilderten Veränderungen eingehen. Am sechsten oder siebenten Tage sind alle Erscheinungen in der Abnahme begriffen. Nach zehn Tagen kann das Kind wieder auf den Beinen stehen und nach vierzehn Tagen ist der ganze Krankheitsprozess abgelaufen.

Die Behandlung leitete Verfasser ein mit Einwicklung in Flanell nebst Räucherungen mit Mastix und Bernstein. Zum Getränk liess er kühles Wasser reichen, gebot ruhige Lage, gleichmässige Zimmertemperatur. Innerlich reichte er Kal. nitric. und Tartar. boraxat., wodurch das Fieber herabgesetzt und dünne Stuhlausleerung herbeigeführt wurde. Nach Verlauf von sechs Tagen liess er dann einfach die Extremitäten in Schafwolle wickeln.

Zwei Fälle von Peliosis rheumatica fand ich verzeichnet in Deutsche Klinik 8 u. 9, 1862, die Dr. F. Sander in Berlin beobachtet.

Auch hier war das Fieber mässig, die Schmerzen in den Beinen aber heftig, reissend. Um beide Kniee herum fanden sich bohnengrosse, pralle Quaddeln, die sich als Blutergüsse charakterisirten und auf Druck sehr schmerzten. In dem einen Falle war ein siebenzehnjähriges Mädchen von dieser Krankheit ergriffen. Zehn Tage lang traten in der Peripherie immer neue Quaddeln auf, nach vierzehn Tagen waren aber alle verschwunden. Merkwürdig besonders war bei diesem Falle, dass sich nach sechs Wochen Patientin wieder vorstellte mit Beulen, die aber ungefärbt waren und unter dem Periost sitzend angetroffen wurden. Auch sie waren auf Druck äusserst empfindlich und resor-

birten sich nach und nach, indem zuerst die Mitte erweichte, der Rand aber hart blieb. —

Bamberger[3]) sah fünf Mal die Peliosis rheumatica mit Morbus Brightii combinirt. Neben den Purpuraflecken in der Haut fanden sich Hämorrhagien noch in andern Organen: Hirn, Milz und Nieren. Die Prognose wird durch den Morbus Brightii ungünstig; zwei Fälle endeten von fünf mit dem Tode.

Das sind die wenigen Fälle, die ich in der Literatur mit grosser Mühe entdecken konnte. Bevor ich nun mit der Erzählung des von mir beobachteten Falles, der jetzt folgen soll, beginne, möchte ich um Entschuldigung bitten, wenn ich dabei auch auf kleinlich scheinende Dinge Rücksicht nehme Ich möchte hier gern die ganze Beobachtung genau wiedergeben.

Schlosser E. P., 20 Jahre alt, aus Czarnikau bei Posen (in Berlin wohnhaft), liess sich am 16. Juni 1868 in die Charité aufnehmen.

Temperat. 37,6, Puls 76.

Er ist ziemlich kräftig gebaut, zeigt aber eine nicht entsprechend entwickelte Muskulatur. Die Haut ist schlaff, die Wangen mässig geröthet. Patient erzählt, dass er in seiner Kindheit Bräune, Masern, Scharlach und Nervenfieber überstanden habe. Ausserdem liess er sich im Februar 1868 in die Charité aufnehmen wegen Doppeltsehen, von wo er nach sechs Tagen geheilt entlassen wurde. Bis zum 9. Juni war Patient gesund. An diesem Tage fühlte er heftiges Reissen in den Beinen, das sich steigerte und bald nachher im ganzen Körper auftrat, so dass er am 13. Juni bett-

[3]) Zur Casuistik des Morbus Brightii von Prof. Bamberger. Würzb. med. Zeitschr. I. 5. p. 300. 1860.

lägerig wurde. Ueber sonstige Leiden hatte Patient bis zum bezeichneten Tage nicht zu klagen. Mit dem 13. Juni stellte sich zugleich Appetitlosigkeit ein und Patient bemerkte an diesem Tage, dass Flecken am linken Unterschenkel auftraten, welche haufenweise zusammengedrängt standen. Man sieht daselbst ein Exanthem, das sich als Purpura haemorrhagica deuten lässt. Mehrere Flecken ragen als Papeln hervor, andere sind flach, nicht erhöht und beide Formen steigern sich von der Grösse eines Stecknadelknopfes bis zu der einer kleinen Erbse. Manche Flecken dieser Gruppe sind schon im Rückbildungsprozess begriffen, indem sie eine gelblich grüne Farbe annehmen. Bei weiterer Untersuchung sieht man an der linken Hand über einigen Metacarpal-Phalangal-Gelenken in der Vola sechsergrosse rothe Flecken, die in der Mitte blauroth sind. Vom 14. Juni ab will Patient viel geschwitzt und innerlich grosses Hitzegefühl gehabt haben. Appetit sei nicht vorhanden, der Stuhlgang, wie auch früher, immer etwas hart gewesen. Als er gefragt wurde, ob er auch früher schon an Blutungen gelitten oder ob in seiner Familie Bluter seien, will er davon nichts wissen. Nur habe er sich im April 1868 eine Verletzung seines linken Daumens zugezogen, in Folge deren derselbe mehrere Tage lang geblutet habe. Patient meint, sein Leiden dem Umstande zuschreiben zu müssen, dass er von Anfang April bis Ende Mai ohne Arbeit gewesen und in dieser Zeit manchmal zu einer knappen Diät, zu einem unregelmässigen Leben genöthigt worden sei.

Der Thorax ist sehr lang, etwas flach, die obern Intercostalräume sehr breit. Ueber den Lungen ergiebt die Percussion keine Dämpfung; das Athmungsgeräusch

ist etwas scharf. — Der Herzstoss befindet sich im III. Intercostalraum, ist stark hebend, deutlich fühlbar, weniger gut im IV., gar nicht im V. Intercostalraum zu fühlen. Die Herzdämpfung ist normal, sie reicht nach oben bis zum untern Rand der zweiten Rippe. Die Herztöne sind sehr laut und klappend, Puls etwas schnellend, von mässiger Spannung und Grösse. — An der Milz und Leber ist nichts Abnormes nachzuweisen. — Der Urin ist dunkelgelb, Spuren von Albumin sind darin vorhanden. Mikroskopisch enthält derselbe mässig viel rothe und farblose Blutkörperchen und ganz vereinzelte, mit Fetttröpfchen besetzte, sehr blasse Cylinder. Ausserdem findet man darin schon in etwa makroskopisch sichtbare, in Kugeln zusammenliegende, röthlich gefärbte Harnkrystalle.

Ordinat. Rcp.: Acid. muriat. 2,0
Morph. hydrochl. 0,03
Deoct. Alth. 180,0.

MDS.: Zweistündlich ein Esslöffel zu nehmen.

17. Juni, T. 38,1, P. 76.

Seit gestern Abend tritt öfteres Erbrechen einer grünlich gefärbten, bitterschmeckenden Flüssigkeit in grosser Quantität auf. Am Ohrläppchen, an der Zungenspitze und am rechten Ellbogen zeigen sich neue Flecken. Patient klagt über grossen Durst. Appetit hat er nicht. Auch im Halse, der dem Patienten Schmerzen macht, hat die Fleckenbildung begonnen. Die Gaumenbögen, das Zäpfchen und die hintere Pharynxwand sind stark injicirt.

Nachmittags 5 Uhr, T. 38,6 P. 84.

Patient entleerte den Tag über grosse Quantitäten vorher beschriebener Massen. Das Erbrechen stellte sich immer ein, sobald Patient etwas trank. Neue

Flecken sind zu erkennen auf dem oberen Theile des rechten Oberschenkels und an den Hinterbacken, die dem Patienten sehr brennen. Im Halse sind die Extravasate, welche heute Morgen schon bestanden, grösser geworden und neue haben sich zahlreich eingefunden. Wie heute Morgen, so fehlt auch jetzt der Appetit. Der Bauch ist auf Druck schmerzhaft.

18. Juni. T. 37,7, P. 84.

Das Erbrechen hat etwas nachgelassen. Bis jetzt sind die Flecken zu sehen an beiden Unterschenkeln, beiden Händen, am linken Knie, an der Innenseite beider Oberschenkel, an beiden Trochanteren, beiden Ellbogen, am Kreuzbein. Sie stehen gruppenweise, sind stecknadelknopf- bis sechsergross, theils bläulich roth, theils braunroth. Dieselben erblassen auf Druck nur wenig, prominiren zum Theil über die Haut; einzelne tragen auf der Spitze Bläschen oder Pustelchen; an manchen lässt sich ein braunrothes Centrum erkennen. Ausser den erwähnten gruppenförmig stehenden Hämorrhagien finden sich noch isolirte punkt- bis erbsengrosse auf den Schultern, einige auch im Gesicht. Am linken Auge erscheint das obere und untere Augenlid etwas serös infiltrirt, blau- und braunroth. In der Conjunctiva beider Bulbi finden sich Hämorrhagien; mehrere auch auf der Schleimhaut der Lippen, sowie eine Gruppe prominirender hämorrhagischer Flecken am harten Gaumen. Am Tage der Aufnahme waren die Weichtheile um das rechte Handgelenk stark geschwollen, jetzt weniger. Der Kranke klagt über Schmerzen beim Schlucken. Die Zunge ist leicht weiss belegt; der Appetit fehlt noch immer; der Durst ist vermehrt; der Stuhl retardirt trotz mehrfacher Klystiere; am 15. Juni war zum letzten Mal Stuhl vorhanden.

Nachmittags, T. 38,0, P. 72.

Patient klagt über brennende Schmerzen am Rükken, wo Flecken aufgetreten sind, und liegt fortwährend unruhig. Stets treten neue Eruptionen auf, während die alten verschwinden. An verschiedenen Stellen, namentlich am Vorderarm, erscheinen die Weichtheile ödematös infiltrirt. Der Urin enthält noch etwas Eiweiss.

19. Juni, T. 37,6, P. 100.

Der Kranke hat heute besonders über einen Krampf zu klagen, den er seit gestern Abend gehabt und der sich an beiden Füssen von den Zehen bis zum Fussgelenk hinzieht. Ferner empfindet er im Ellbogen die allerheftigsten Schmerzen, wenn er die Arme zu bewegen sucht, im Kniegelenk, wenn er die Beine aus ihrer Lage bringen will. Leichter kann er die Arme nach oben als nach unten bewegen, was ihm viel beschwerlicher wird. Die grösste Müdigkeit verspürt er in allen Gliedern, das Aufstehen aus dem Bette ist ihm fast unmöglich. In der verflossenen Nacht hat er gar nicht geschlafen, wirft sich ungeduldig von einer Seite zur andern. In Bezug auf's Cerebrum ist Patient nicht afficirt; sowohl bei Tage als bei Nacht ist er ganz verständig; über Kopfschmerzen führt er keine Klagen. Eine seiner grössten Plagen ist der Durst, den er durch Bier zu löschen wünscht. Liegt er einen Augenblick still, so wird er ganz steif. Er klagt über heftige Schmerzen in den Schulterblättern. Die alten Purpura-Eruptionen am Kreuzbein, an den Trochanteren und Ellbogen blassen bereits etwas ab, prominiren weniger stark; die grösseren Flecken haben sich mit schwarzem Schorf bedeckt. An einigen Stellen, namentlich unterhalb der linken Crista oss. ilei, sowie im Verlauf der

linken Axillarlinie haben sich neue Gruppen von Purpuraflecken gebildet. Wie früher, so bemerkt man auch jetzt an den neuen Flecken, dass sie einfache Petechien darstellen, die etwas grösser in der Mitte eine gelblich weisse Papel zeigen. In der Mitte dieser Papeln finden sich bei den grössten Flecken dunkle Hämorrhagien. An den Händen, Ohrmuscheln, der Mundschleimhaut haben sich die Ecchymosen wenig verändert, nur sind im rechten Handteller einige, den tieferen Hautfurchen folgende Ecchymosen hinzugekommen. Der Bluterguss an beiden Conjunctiven der Bulbi hat sich etwas vergrössert. — Am Herzen fällt heute ausser den schon früher sehr klappenden Tönen ein sehr scharfes, langes Blasen auf, welches man im IV. bis V. Intercostalraum ein wenig nach einwärts von der Mammillarlinie während der ganzen Dauer der Systole und auch noch ein wenig in die Diastole hinein dauernd hört. An den übrigen Stellen des Herzens ist das Blasen viel weniger deutlich. Die beiden arteriellen Töne sind sehr klappend, der II. Pulmonalton etwas stärker. Die Herzdämpfung ist nicht verbreitert. — In verflossener Nacht und diesen Morgen hat der Kranke wieder grosse Quantitäten grünlicher Massen ausgebrochen.

Ordination. Rcp.

Inf. Fol. Trifol. (3,0) 180,0

Acid. muriat. 2,0

Syrup. Cinnam. 10,0.

MDS. Zweistündlich 1 Esslöffel z. n.

Nachm. T. 38,1, P. 110.

Am Tage, während dessen die Temperatur stieg, zeigt Patient grosse Unruhe und kann nicht lange in ein und derselben Lage liegen bleiben. Im Stuhl ist Hämatin nachweisbar. Heute Nachmittag hat der Pa-

tient mehr als ein Quart Flüssigkeit ausgebrochen. — Um ihm eine ruhige Nacht zu verschaffen, erhält er zur Injection: Morph. muriat. 0,007.

20. Juni. T. 37,5, P. 104.

Der Kranke hat ziemlich gut geschlafen. Nach dem Genuss der Medicin hat derselbe Erbrechen gehabt. Sehr häufig muss er zu Stuhl gehen. Der Stuhlgang soll blutig ausgesehen haben. Die Mattigkeit und Abgeschlagenheit nimmt immer mehr zu. Appetit zeigt sich auch heute noch nicht. Neue Ecchymosen sind zu sehen auf der linken Rückenhälfte und an den Beinen, namentlich dem linken Unterschenkel. Fast jede dieser neuen Ecchymosen trägt in der Mitte ein trübes, weisses Pünktchen. Die alten bedecken sich in der Mitte mit Schorfen. — Das systolische Blasen ist noch sehr deutlich.

Nachm: T. 37,5, P. 128.

Patient fühlt sich sehr schlecht. Im Laufe des Tages hat sich Tenesmus mit spärlichen Ausleerungen von kirschbrauner Farbe eingestellt. Bluthaltiger Schleim ist den dünnen Fäces beigemischt. Auch das Erbrechen war wiederholt vorhanden. Grosse Unruhe, vollständige Appetitlosigkeit, quälender Durst. Frische Ecchymosen entdeckt man an beiden Füssen, sowohl an der Dorsal-, als auch an der Plantarfläche. Auch am linken Oberarm sind wieder viele mit kleinen weissen Bläschen sichtbar. In der Mitte dieser Bläschen sieht man ein dunkelblaurothes Centrum. Am Unterschenkel lässt sich an vielen Stellen der Sitz der Ecchymosen in der Nähe der Haarbälge constatiren. An den Trochanteren, dem Kreuzbein, sowie auch am Rücken bilden alle Flecken deutlicher als an den übrigen Stellen ausgesprochene Erhabenheiten. Der Leib ist

stark eingezogen, Puls ausserordentlich klein, das systolische Blasen noch sehr deutlich.

21. Juni: T. 37,4, P. 116.

Patient hat nach einer Injection von Morph. 0,007 gut geschlafen, gestern Abend und heute Morgen zeigte sich wieder reichliches Erbrechen. Neue Ecchymosen sind nicht in bedeutender Zahl seit gestern Abend aufgetreten; nur am Scrotum und Penis einige wenige. Die meisten der früheren Flecken blassen ab. Dort, wo in der Mitte Blutergüsse eintreten, vertrocknen diese zu schwärzlichen Schorfen; an andern Stellen hebt sich die Epidermis in Bläschen ab. Nur in der Gruppe auf dem linken Schulterblatt sind die Flecken reichlicher und grösser geworden; in der Peripherie derselben befindet sich ein frischer hämorrhagischer Kreis; in manchen auch eine frische Hämorrhagie noch im Centrum. Die grössten dieser Flecken sind höchstens kreuzergross. — Das Erbrechen steht in keinem Zusammenhang mit dem Einnehmen der Medicin, da dasselbe auch wiederholt auftrat, als die Arznei ausgesetzt war.

Nachm.: T. 38,3, P. 120.

Das Erbrechen grüner galliger Massen dauert fort. Der Kranke macht einen sehr apathischen Eindruck, schläft wenig und ist höchst unruhig.

22. Juni: T. 37,8, P. 108.

Patient hat leidlich geschlafen und weniger gebrochen. Er fühlt sich sehr steif in allen Gliedern, Appetit mangelt, Durst sehr stark. Der Urin wird beim Erhitzen noch leicht getrübt; auf Säurezusatz verschwindet die Trübung nicht. Auch auf der rechten Hälfte des Rückens und am Kreuzbein sind neue Eruptionen aufgetreten.

Nachm.: T. 38,3, P. 104.

Das Erbrechen ist weniger heftig; im übrigen der Zustand derselbe.

23. Juni: T. 37,5, P. 120.

Patient hat wieder schlecht geschlafen, viel gestöhnt. Seine Unruhe hat noch nicht nachgelassen. Sein Aussehen ist ein collabirtes.

Ordination:

℞ Spirit. rectif. 30,0
Aq. Menthae 90,0
Tinct. aromat. 8,0
Syrup. Cimam. 15,0.
MDS. Zweistündlich 1 Esslöffel z. n.

Neue Flecken sind nicht aufgetreten, die alten zahlreich in der schon beschriebenen Veränderung begriffen. Das Erbrechen war in dieser Nacht wieder stärker als gestern.

Nachm. T. 38,4. P. 122.

Das Subjectivbefinden des Kranken hat sich etwas gebessert, wenn auch noch immer grössere Unruhe fortbesteht. — Das Blasen an der Herzspitze hat abgenommen.

24 Juni. T. 37,7. P. 96.

Der Urin enthält keine Spur von Albumin mehr. Neue Eruptionen sind fast gar nicht hervorgetreten. Das Erbrechen ist geringer; das Subjectivbefinden bleibt besser.

Nachm. T. 39,0. P. 100.

Patient klagt noch über eine gewisse Steifigkeit in den Gliedern. Die Unruhe hat sich etwas verloren, das Erbrechen nachgelassen. — Das Blasen am Herzen ist viel leichter als früher. Auf der Lippen-, Zungen- und Gaumenschleimhaut sieht man an den Stellen der früheren

Hämorrhagien seichte Ulcerationen, deren hämorrhagischer Ursprung verwischt erscheint.

25. Juni. T. 38,0. P. 104.

Patient hat sehr wenig in vergangener Nacht geschlafen. Neue Flecken sind nicht bemerkenswerth aufgetreten. Gänzliche Appetitlosigkeit.

Nachm. T. 39,3. P. 120.

Wenn auch der Kranke heute weniger gebrochen, so fühlt er sich doch fortwährend übel. Neue Flecken zeigen sich nicht. Auf den grösseren alten haben sich Schorfe gebildet, welche allmälig abgestossen werden, während die kleineren resorbirt werden und langsam verschwinden.

26. Juni. T. 37,6. P. 90.

Nach einer Morphium-Injection, welche gestern Abend beim Patienten im Epigastrium gemacht wurde, hat derselbe gut geschlafen. Erbrechen ist seit gestern Abend nicht aufgetreten; nur besteht ein grosses Schwächegefühl. — Das systolische Blasen ist äusserst schwach geworden. Am Kreuzbein sind durch die Abstossung der Schorfe confluirende oberflächliche Substanzverluste entstanden, die mit Ungt. simpl. verbunden werden.

Nachm. T. 38,7. P. 116.

Erbrechen hat den Kranken nicht mehr geplagt. das Befinden desselben ist überhaupt besser; selbst Appetit hat sich wieder eingestellt.

27. Juni. T. 38,0. P. 116.

Gestern Abend und in der Nacht trat wieder Erbrechen ein. Das Allgemeinbefinden bleibt wesentlich besser. Auch hat der Patient etwas geschlafen. Die Flecken auf der Haut heilen allmälig. Die Steifigkeit verliert sich langsam.

Nachm. T. 38,7. P. 132.

Patient hat noch immer Erbrechen; es erfolgt am meisten nach Genuss von Milch. Schwäche und Appetitmangel besteht fort.

Ordination: Clysma und

Morph. muriat. 0,007 zur Injection.

28. Juni. T. 38,6. P. 124.

Vor Unruhe im Krankensaale konnte Patient nicht schlafen. Alles übrige wie gestern.

Nachm. T. 39,0. P. 132.

Die meisten Flecken sind entweder resorbirt oder zu Schorfen eingetrocknet. Nur am Kreuzbein sind noch einige ganz oberflächliche Substanzverluste vorhanden. Das Subjectivbefinden ist gut mit Ausnahme des Gefühls von Schwäche. Gebrochen hat der Kranke heute fast gar nicht. Appetit besser.

29. Juni. T. 39,2. P. 124.

Der Schlaf war gut. Erbrechen tritt seltener und in geringer Menge auf. Von einem Blasegeräusch hört man nichts mehr. Ueber der Art. pulmonal. beide Töne etwas klappend, der II. Ton mässig verstärkt.

Nachm. T. 39,3. P. 124.

Patient klagt über Steifigkeit im linken Bein. Berührung des linken Knieegelenks, namentlich an der Innenseite, wo eine geringe Schwellung vorhanden, macht dem Kranken die grössten Schmerzen. Der Appetit fehlt wieder. Die Gegend der linken Achselhöhle, wo Patient gestern über Schmerzen klagte, ist merklich geschwollen, etwas weniger die rechte, die heute aber schmerzhaft ist. Das Kniegelenk ist frei; es zeigt sich aber eine ziemlich starke Schwellung vorzugsweise am innern Condylus, welche die Sehnenscheiden zu betreffen scheint. Auch die Umgebung des Fussgelenkes scheint ewas geschwollen.

30. Juni. T. 39,6. P. 136.

Der Kranke klagt ausser allgemeiner Spannung über Schmerzhaftigkeit des linken Fuss- und Kniegelenks und der rechten Schulter. Am linken Ellbogen und Knie werden die Schmerzen bei stärkerem Flexionsgrade erhöht. Die Anschwellung in der Gegend des Condyl. int. oss. femor. wie gestern. Anstatt des Blasens am Herzen sehr klappende Töne.

Nachm. T. 40,1. P. 140.

Den Tag über hat Patient öfter gehustet. Eine Dämpfung ist über den Lungen nicht nachzuweisen. In der rechten Infraclaviculargrube tympanitischer Schall und bruit de pot fêlé. An derselben Stelle findet sich auch sehr scharfes im Exspirium verlängertes Athmen und lautes Rasseln. Der Catarrh an dieser Stelle ist stärker als an den übrigen Theilen der Lunge.

Injection von Morph. muriat. 0,01.

1. Juli. T. 38,7. P. 124.

Patient hat sehr gut geschlafen und fühlt sich etwas leichter. Auch die Schmerzen haben nachgelassen. Er ist aber so steif in allen Gliedern, dass er seine Lage nicht ändern kann.

Nachm. T. 40,1. P. 132.

Keine Veränderung im Zustande.

Injection von Morph. muriat. 0,01.

2. Juli. T. 38,4. P. 120.

Das Allgemeinbefinden ist wieder sehr schlecht. Grosse Mattigkeit. Die allerheftigsten Schmerzen bei der leisesten Berührung und Bewegung. Das Erbrechen ist nicht sehr bedeutend gewesen. Appetit schlecht.

Nachm. T. 38,7. P. 116.

Injection von Morph. muriat. 0,01.

3. Juli. T. 38,7. P. 124.

Patient liegt ganz schwach und matt da. Am liebsten verbleibt er in der Rückenlage. Bei jedem Versuche eine andere Lage anzunehmen, muss er laut aufschreien. Im Urin zeigen sich heute wieder Spuren von Eiweiss. — Ein leichtes systolisches Blasen ist wieder hörbar. Die Herztöne sind sehr dumpf, etwas unrein. Appetit fehlt gänzlich.

Nachm. T. 39.8. P. 128.

Die Mattigkeit nimmt fast überhand. Die leiseste Berührung erträgt der Patient nicht mehr. Seine Klagen betreffen jetzt besonders das Kniegelenk, dessen Kapsel etwas gespannter ist, als normal.

Ordination:

℞ Chinin. sulfuric. 0,12.
Sacch. alb. 0,3.
M. f. pulv. D. tales dos. No. XII.
S. Viermal täglich 1 Pulver z. n.

4. Juli. T. 38,7. P. 112.

Im wesentlichen ist der Zustand derselbe. Der Schlaf war ziemlich gut. Starker Schweiss. Die Gelenkschmerzen hören nicht auf. Am rechten Kniegelenk fühlt man an der schmerzhaften Stelle nach unten und aussen einen fluctuirenden Tumor.

Nachm. T. 39,9. P. 128. — Clysma.

5. Juli. T. 39,3. P. 112.

Der Schlaf war ganz schlecht. Das Allgemeinbefinden muss grosse Besorgniss erregen. Ohne Unterlass stöhnt der Patient. Mit Mühe expectorirt er ein rostiges Sputum. Hinten links im Interscapularraum hört man ein schwach bronchiales Exspirium; rechts nicht. Eine Dämpfung ist aber nicht deutlich nachzuweisen. Die Schwellung und Schmerzhaftigkeit in beiden Achselgegenden, die sich etwa bis zur Höhe des

Processus xiphoideus erstreckt, dauert fort; rechts namentlich besteht deutliche Fluctuation. — Das leichte systolische Blasen besteht noch.

Nachm. T. 39,6. P. 132. — Zustand derselbe.

6. Juli. T. 39,2. P. 132.

Patient ist sehr hinfällig. Chinin musste ausgesetzt werden, weil nach Einnehmen der Pulver Erbrechen auftrat. Der Husten ist mässig. Heftige Schmerzen in beiden Knieen.

Nachm. T. 40,4, P. 120.

In der Gegend des Epigastrium und der Knorpel der fünften bis achten Rippe sind frische Hämorrhagien aufgetreten. Die Fluctuation der Oedeme an der Seite der Brust concentrirt sich. Den untern Leberrand sieht man mit der Herzpulsation zugleich thätig sein, er steigt rhythmisch auf und ab, was sich nach aussen durch eine Linie kund gieht, die auf- und abwärts sich bewegt. Die Percussion des Magens ergiebt metallischen Schall. Nach jedesmaligem Husten ist eine peristaltische Bewegung der Därme zu constatiren. Heute enthält der Urin etwas mehr Albumin.

7. Juli. T. 40,2. P. 132.

Patient spricht viel vor sich hin, er ist sehr unruhig. Heute Morgen ist auch wieder Erbrechen vorhanden gewesen. Sein Befinden bleibt schlecht, die höchste Schwäche ist eingetreten. Die Schmerzhaftigkeit der linken Schulter und des linken Ellbogengelenks ist etwas geringer als früher. Die fluctuirenden Stellen an den Kniegelenken und an der Seite des Thorax sind heute deutlicher als sonst. Auf der vorderen linken Thoraxhälfte, besonders den obern Partieen derselben sind kleine stecknadelknopfgrosse Ecchymosen wiederum aufgetreten.

Nachm. T. 40,6. P. 132.

In seinen Angaben ist der Patient jetzt etwas verwirrt; er weiss nicht, dass er wieder einige Male gebrochen hat.

8. Juli, T. 40,5, P. 140.

Patient war in der Nacht sehr unruhig und hat viel gesprochen. Das Sensorium ist nicht mehr frei. Er sieht allerhand nicht vorhandene Gestalten und Gegenstände. Auch Erbrechen ist wieder vorhanden.

Nachm. 5 Uhr. T. 39,8, P. 148.

Puls klein, kaum zählbar, Sensorium stark benommen. Das Erbrechen ist heute heftiger als an den Tagen vorher.

6 Uhr Abends.

Pupille ohne Reaction, die linke weiter als die rechte.

6½ Uhr Abends starb der Patient. Die Temperatur 36,0 stieg bald auf 39,7.

Autopsie (Dr. Kohnheim.)

Sehr abgemagerter Mann mit schmutzig gelblicher Farbe und sehr dürftigem Unterhautfettpolster. Ueber den ganzen Körper hin zeigen sich gruppenweise stehende Flecken, die als Hämorrhagien anzusehen sind. Sehr wenige davon sind noch frischer Natur, die meisten sind erblasst oder den Verschorfungs-Prozess eingegangen.

Der Schädel schmal, dünn und leicht.

Die Hirnhäute zart. Das Hirn selbst von guter Consistenz; beide Substanzen desselben sehr blass; die Ventrikel von mittlerer Weite.

Im Herzbeutel eine Unze klarer Flüssigkeit. Auf beiden Blättern des Pericardium mehrere Gruppen kleiner Ecchymosen. Das Herz selbst normal gross.

In der Muskulatur des linken Herzens sitzen dicht neben einander unter dem Pericardium zwei Cysticerken. Die Klappen des Herzens mit Ausnahme der Mitralis zart. An dem freien Saum der Mitralis, sowie zwischen den Sehnenfäden in der Nähe der Insertion finden sich kleine weiche Excrescenzen, auf denen kleine, in Entfärbung begriffene, weiche, thrombotische Massen aufsitzen. Im Septum der Ventrikel zeigen sich mehrere, nicht tiefliegende Blutextravasate. Das Herzfleisch selbst ist blass, hellgrau, ins Gelbliche spielend. Von Abscessen ist im Herzen nichts zu entdecken.

In den Pleurasäcken geringe Menge Transsudat. Im Unterlappen der linken Lunge bronchopneumonische Heerde. Sonst ist dieselbe frei, lufthaltig. Nur im vordern Theil des Ober- und Unterlappens kleine metastatische Infarkte. Einige davon sind noch derb mit blutig rother Schnittfläche, andere in puriformer Metamorphose begriffen.

Rechts ist die Lunge nach hinten durch ältere Affectionen partiell adhärent; ihr Gewebe ist fast ganz lufthaltig. Auch hier finden sich theils noch derbe, theils schon geschmolzene Infarkte. Im oberen Lappen sassen zwei erbsengrosse Cysticerken.

Die Milz ist auf das Doppelte des Normalen vergrössert. Pulpa ist dunkelroth, von zäher Consistenz; die Follikel ziemlich gross.

Beide Nieren sind von normaler Grösse; die Kapsel trennt sich leicht, das Gewebe hat eine ziemlich gute Consistenz. Beide Substanzen derselben sind blass. In der Schleimhaut des Nierenbeckens auf beiden Seiten viele Hämorrhagien, links stärker als rechts.

Auf einzelnen Stellen der hämorrhagischen Schleimhaut sitzen gelbliche, diphtheritische Schorfe.

Schleimhaut des Mundes, Palatum, Pharynx, der Trachea und des Larynx sehr blass, aber glatt. Bald aber beginnen im Oesophagus eine Anzahl dicht stehender kleiner Erosionen von längs ovaler Gestalt, die dicht über der Bifurcation etwas tiefer werden und in die Submucosa reichen. Von der Höhe der Bifurcation bis zur Cardia ziehen sich ununterbrochene Ulcerationen hin. Die Basis derselben findet sich in der Muscularis, die Mucosa und Submucosa fehlt. Einzelne Stellen der Geschwüre reichen noch etwas tiefer; hier fehlt auch die Muscularis und die Ulceration geht bis in das intestinale Bindegewebe hinein, ohne eine Jauchung zu Stande gebracht zu haben. Die Farbe des Geschwürgrundes ist dunkelgelb; die Ränder des Geschwüres oben und unten ausgefressen.

Der Magen ist sehr ausgedehnt, enthält schmutzig bräunliche Flüssigkeit. Die Schleimhaut desselben im Ganzen blass, bis auf eine Injection an der hinteren Fläche, wo die Schleimhaut dünn, weich, glatt ist. Nur längs der kleinen Curvatur ist ein Zug von Ulcerationen zu sehen, von denen einzelne linsen-, andere groschen-, noch andere zweigroschengross sind. Alle diese Geschwüre sind theils vollkommen rund, theils quer oval. Der Grund wird überall von der Muscularis gebildet, die Ränder fallen steil und scharf ab.

Die Leber hat normale Grösse, ihre Oberfläche ist glatt. Durch die Kapsel hindurch schimmern rundliche Flecken, von denen viele in der Mitte einen rothen Punkt zeigen. Auf der Schnittfläche präsentiren sich kreisrunde Flecken mit central-dunkelrothem Grund.

Die Acini sind normal gross, das Centrum derselben ist grau, ebenso die Peripherie.

Der Dünndarm enthält schwärzlich schleimige Massen.

Im Dickdarm befinden sich dunkelgraue Fäcalmassen; die Schleimhaut desselben ist intakt.

Die Harnblase hat eine glatte Schleimhaut.

Die Genitalien sind ohne Veränderung.

Im Unterhautgewebe des ganzen Rückens und von da nach vorn hinter die Schulterblätter nach der Achselhöhle zu grosse ausgedehnte Eiterung, die aber beiderseits nicht bis an die Wirbelsäule reicht.

Die Rippen sind intakt; nur links an der siebenten Rippe in einer Länge von $1\frac{1}{2}$ Zoll Defect des Periostes mit Bloslegung des Knochens. Grosse eiterige Infiltrationen im subcutanen Zellgewebe über dem Steissbein und über beiden Schultergelenken. — Um das linke Ellbogengelenk und im Gelenke selbst starke Eiteransammlung. Alle diese eitrigen Infiltrationen greifen zwischen die benachbarten Muskeln ein. Beide Unterextremitäten sind etwas ödematös angeschwollen, die Gelenke derselben sind voll von Synovia; unter dem linken Kniegelenk findet sich an der Vorderfläche noch eine ausgedehnte Abscesshöhle.

Fassen wir den Sectionsbericht kurz zusammen, so haben wir vor uns eine Endocarditis ulcerosa, Myocarditis parenchymatosa, Cysticerken des Herzens und der Lunge, metastatische Abscesse in den Lungen, Bronchopneumonie, subacute Hyperplasie der Milz, Pyelitis haemorrhagica — diphtheritica, grosse Ulcerationen der Speiseröhre, mehrfache Geschwüre des Magens, Miliarheerde der Leber, weithin ausgebreitete

Auf einzelnen Stellen der hämorrhagischen Schleimhaut sitzen gelbliche, diphtheritische Schorfe.

Schleimhaut des Mundes, Palatum, Pharynx, der Trachea und des Larynx sehr blass, aber glatt. Bald aber beginnen im Oesophagus eine Anzahl dicht stehender kleiner Erosionen von längs ovaler Gestalt, die dicht über der Bifurcation etwas tiefer werden und in die Submucosa reichen. Von der Höhe der Bifurcation bis zur Cardia ziehen sich ununterbrochene Ulcerationen hin. Die Basis derselben findet sich in der Muscularis, die Mucosa und Submucosa fehlt. Einzelne Stellen der Geschwüre reichen noch etwas tiefer; hier fehlt auch die Muscularis und die Ulceration geht bis in das intestinale Bindegewebe hinein, ohne eine Jauchung zu Stande gebracht zu haben. Die Farbe des Geschwürgrundes ist dunkelgelb; die Ränder des Geschwüres oben und unten ausgefressen.

Der Magen ist sehr ausgedehnt, enthält schmutzig bräunliche Flüssigkeit. Die Schleimhaut desselben im Ganzen blass, bis auf eine Injection an der hinteren Fläche, wo die Schleimhaut dünn, weich, glatt ist. Nur längs der kleinen Curvatur ist ein Zug von Ulcerationen zu sehen, von denen einzelne linsen-, andere groschen-, noch andere zweigroschengross sind. Alle diese Geschwüre sind theils vollkommen rund, theils quer oval. Der Grund wird überall von der Muscularis gebildet, die Ränder fallen steil und scharf ab.

Die Leber hat normale Grösse, ihre Oberfläche ist glatt. Durch die Kapsel hindurch schimmern rundliche Flecken, von denen viele in der Mitte einen rothen Punkt zeigen. Auf der Schnittfläche präsentiren sich kreisrunde Flecken mit central-dunkelrothem Grund.

Die Acini sind normal gross, das Centrum derselben ist grau, ebenso die Peripherie.

Der Dünndarm enthält schwärzlich schleimige Massen.

Im Dickdarm befinden sich dunkelgraue Fäcalmassen; die Schleimhaut desselben ist intakt.

Die Harnblase hat eine glatte Schleimhaut.

Die Genitalien sind ohne Veränderung.

Im Unterhautgewebe des ganzen Rückens und von da nach vorn hinter die Schulterblätter nach der Achselhöhle zu grosse ausgedehnte Eiterung, die aber beiderseits nicht bis an die Wirbelsäule reicht.

Die Rippen sind intakt; nur links an der siebenten Rippe in einer Länge von 1½ Zoll Defect des Periostes mit Bloslegung des Knochens. Grosse eiterige Infiltrationen im subcutanen Zellgewebe über dem Steissbein und über beiden Schultergelenken. — Um das linke Ellbogengelenk und im Gelenke selbst starke Eiteransammlung. Alle diese eitrigen Infiltrationen greifen zwischen die benachbarten Muskeln ein. Beide Unterextremitäten sind etwas ödematös angeschwollen, die Gelenke derselben sind voll von Synovia; unter dem linken Kniegelenk findet sich an der Vorderfläche noch eine ausgedehnte Abscesshöhle.

Fassen wir den Sectionsbericht kurz zusammen, so haben wir vor uns eine Endocarditis ulcerosa, Myocarditis parenchymatosa, Cysticerken des Herzens und der Lunge, metastatische Abscesse in den Lungen, Bronchopneumonie, subacute Hyperplasie der Milz, Pyelitis haemorrhagica — diphtheritica, grosse Ulcerationen der Speiseröhre, mehrfache Geschwüre des Magens, Miliarheerde der Leber, weithin ausgebreitete

fallend ist es mir, dass Dr. Berg in seinem Compendium der Hautkrankheiten gerade das Entgegengesetzte behauptet. Auch spricht er von kleinen Epidemien der Peliosis rheumatica, die Fuchs entschieden in Abrede stellt. Aus welcher Quelle Dr. Berg diese Mittheilungen genommen haben könnte, ist mir unbekannt.

Die Symptome der Krankheit, wie sie von den Autoren geschildert werden, sind vollständig gleich mit denen des von mir beschriebenen Falles. Alle sprechen von den zuerst auftretenden Gelenkschmerzen und dann von den bald darauf folgenden Purpuraflecken. Ich würde mich nur wiederholen, wenn ich hier auf die Symptome zurückkommen wollte.

Bei Beschreibung des Verlaufes kommen aber unter den Gewährsmännern Differenzen vor. Fuchs schreibt nämlich, dass, wenn sich die Patienten einer leichten Verkältung aussetzen oder die mit Flecken besäete Haut mit Essig gewaschen wird, die Ecchymosen mit Blitzesschnelle verschwinden etc. (s. S. 9). Hebra meint aber, dass Fuchs an seine Worte wohl selbst nicht recht geglaubt, dass er diese Behauptung irgend einer Theorie zu Liebe aufgestellt habe.

Hebra will nie eine Desquamation im Ausgang der Peliosis rheumatica gesehen haben, während Fuchs ein eigenes Stadium desquamationis beschreibt. Ich muss hier Fuchs beistimmen, da ich die Desquamation an den Beinen eines Mannes constatiren konnte, der an Peliosis rheumatica leidend, vor einigen Wochen auf der Station des Herrn Geheimrath Frerichs lag. Dass dieselbe aber nicht immer vorkomme, beweist mein Fall, bei dem ausser der Abstossung von Schorfen gar nichts von Desquamation beobachtet wurde.

Die Diagnose kann nicht schwer sein; ich will über sie keine Worte verlieren.

Die Prognose ist meistens als eine günstige anzusehen. Natürlich wird sie dubiös, wenn mit der Krankheit etwa Morbus Brightii oder Tuberkulose zugleich besteht, wie in den Fällen von Bamberger, oder wenn als Ursache der Krankheit eine Endocarditis vorhanden ist, wie in meinem Fall.

Die beste Behandlung wird wohl die symptomatische sein. Man hat bei Purpuraflecken verschiedene Mittel gereicht, besonders Mineralsäuren. Herr Geheimrath Frerichs sah in Breslau zuweilen guten Erfolg von der Anwendung des Ferrum.

11324